

## Innspill til nasjonal alkoholstrategi

Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan er en pådriver for en ansvarlig ruspolitikk. Sammen med våre 34 medlemsorganisasjoner jobber vi for å forebygge og begrense skadene ved bruk av alkohol, narkotika og pengespill.

Actis ønsker arbeidet med en nasjonal alkoholstrategi velkommen. Skal vi lykkes med å nå målet om en reduksjon av det skadelige alkoholkonsumet med ti prosent innen 2025, som Norge har sluttet seg til, må alkoholstrategien inneholde konkrete tiltak for å redusere totalkonsumet av alkohol.

Gjennom bærekraftsmålene har Norge forpliktet seg til å gjøre vår del for å bidra til en bedre global utvikling, sikre god helse og fremme livskvalitet for alle. Alkoholkonsum bidrar negativt til måloppnåelse for flere av målene. Vår tilslutning til bærekraftsmålene bør reflekteres i Norges innsats for å redusere negative konsekvenser av alkoholkonsum, nasjonalt og internasjonalt.

Totalkonsummodellen<sup>1</sup> har ligget til grunn for utviklingen av norsk alkoholpolitikk. Dette bør videreføres. Det er en dokumentert sammenheng mellom snittkonsumet av alkohol i befolkningen og alkoholrelatert skadeomfang. Forebyggingsstrategier må derfor rettes inn mot å redusere totalkonsumet i befolkningen, for å lykkes med å redusere skadeomfanget. En liten reduksjon av konsumet hos majoriteten av alkoholdrikkere vil samlet sett ha større effekt enn tiltak rettet mot storkonsumenter. Effekten er kjent som «forebyggingsparadokset<sup>2</sup>». Imidlertid påvirkes også storkonsumenter påvirkes av befolkningsrettede tiltak.

Alkoholpolitikken eksisterer ikke et vakuum. Konsumet påvirkes også av kultur og normer, og vice versa. Det er derfor viktig å ha med det kulturelle perspektivet i arbeidet med å redusere skader som følge av alkoholkonsum. En fersk undersøkelse fra Folkehelseinstituttet<sup>3</sup> viser at majoriteten av 15-16-åringer avstår fra å drikke alkohol. De opplever i mindre grad drikkepress. Årsakene som pekes på er forholdet til foreldre, aldersgrenser, negative konsekvenser og at alkoholdrikking har lav status. For disse ungdommene er normen å ikke drikke alkohol. Også blant voksne observeres det en holdningsendring der etterspørselen etter drikkevarer uten eller med lavt alkoholinnhold øker, altså den såkalte NoLo-trenden. Dette er en utvikling som må støttes opp om. Alkoholstrategien må legge til rette for å ta alkoholfrie valg, og øke aksepten for å ikke drikke.

### Styrkede regulatoriske virkemidler

Det registrerte alkoholkonsumet i Norge steg kraftig frem til 2008, og har deretter gått noe ned. For å få et godt bilde av det totale alkoholkonsumet i Norge, er det imidlertid viktig å legge til det uregistrerte konsumet. Det er god grunn til å anta at en del av nedgangen i den registrerte omsetningen spises opp av en økning den uregistrerte omsetningen.

<sup>1</sup> <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/aktuelt/aktuelle-saker/2013/the-collectivity-of-drinking-cultures.html>

<sup>2</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/prinsipper-for-tiltaksutforming>

<sup>3</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dar.13084>

Ifølge WHO er de tre viktigste virkemidlene for å begrense alkoholkonsum og -skader regulering av pris, tilgjengelighet og reklame. I Norge er dette representert gjennom alkoholavgifter, reklameforbud, monopolordning for salg av alkohol og bevillingssystemet for salg og skjenking av alkohol. Om vi skal nå målsettingene vi har sluttet oss til, må de regulatoriske virkemidlene styrkes, ikke bare videreføres, slik man kan få inntrykk av at regjeringens innstilling i høringsbrevet.

Actis ber derfor om at alkoholstrategien slår fast at:

- **Salgstidene for alkohol skal ligge fast.**
- **Forbudet mot alkoholreklame opprettholdes.** Det er særlig viktig med oppmerksomhet på reklame rettet mot ungdom i sosiale medier. Kommunene må kontrollere salgs- og skjenkestedenes digitale flater. Helsedirektoratet må sikres tilstrekkelige midler for å kunne kontrollere og ilegge overtredelsesgebyr.
- **Alkoholavgiftene aktivt brukes som et alkoholpolitisk virkemiddel, og justeres etter lønns- og prisvekst.** Alkoholavgiftene har ikke hold tritt med lønnsveksten. Som et resultat har alkohol blitt relativt sett billigere i Norge.
- **Den nasjonale maksimaltiden for skjenking skal være kl. 02.00.** Det er en tydelig sammenheng mellom skjenking, vold og utrygghet.
- **Vinmonopolordningen vernes** ved å
  - ikke åpne opp for nye salgskanaler utenfor Vinmonopolet
  - primært utvikle taxfreeordningen, sekundært la Vinmonopolet overta ordningen
  - reversering av kvoteutvidelsen i 2014
  - sikre en konsistent og restriktiv alkoholpolitikk.
- **De normerte reglene inndragning av bevilling («prikkesystemet») strammes inn.**
- **Salg og skjenking av alkohol til mindreårige skal umiddelbart føre til midlertidig tap av bevilling.** Det er solid dokumentasjon på at dagligvarebutikkene fører for dårlig kontroll med alkoholsalget, og mange selger til mindreårige.
- **Merke alkoholholdig drikke med ingredienser, næringsinnhold og helseinformasjon.** Stortinget vedtok i behandlingen av Dokument 8:141 S (2017-2018) at alkoholholdig drikk skal merkes med ingredienser, næringsinnhold og helseinformasjon om faren knyttet til alkoholbruk under graviditet og i forbindelse med kjøring (vedtak 39 og 44). Actis forventer at disse vedtakene følges opp i alkoholstrategien. Nordmenn har krav på informasjon for å kunne ta informerte helsevalg. Dette kravet står flere organisasjoner sammen om, se blant annet Kreftforeningens høringssvar.
- **0,2 promillegrense til lands og til vanns.** Alkoholbruk i forbindelse med kjøring og båtføring øker risikoen for skader, ulykker og dødsfall. Vi viser for øvrig til innspillet fra MA Rusfri trafikk og støtter disse.

## Indikatorer og reduksjonsmål

Til tross for at Folkehelseinstituttet jevnlig publiserer statistikk over nordmenns alkoholkonsum, er det behov for et bedre og mer detaljert kunnskapsgrunnlag om alkoholkonsumet i Norge, registrert og uregistrert, og fordelingen i ulike aldersgrupper. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler bruk av måleindikatorer, slik at en kan måle endring på nasjonalt nivå.

En stor del av skader og ulykker i Norge skjer i forbindelse med alkoholkonsum. Et anslag tyder på at opptil 30 prosent<sup>4</sup> av somatiske innleggelser i norske sykehus kan være rusrelaterte, direkte eller indirekte. Også når det gjelder akuttinnleggelser er andelen som er rusrelaterte høy. En av fire skadepasienter innlagt på akuttmottaket ved Oslo universitetssykehus var påvirket av alkohol på

<sup>4</sup> <https://stolav.no/nyheter/2019/alkoholbruk-ingen-privatsak>

skadetidspunktet<sup>5</sup>. Det foregår studier og prosjekter ved enkeltsykehus som kartlegger omfanget av alkoholrelaterte skader, men det er per i dag ikke en systematisert innsamling av disse dataene, og vi har ikke tall på omfanget nasjonalt.

Alkoholkonsum rammer også uskyldige tredjeparter. Barn som fødes med alkoholskader, får ofte sosiale, kognitive og fysiske problemer senere i livet. Det finnes ikke tall på hvor mange personer som har medfødte alkoholskader (FAS/FASD) i Norge<sup>6</sup>. For å sørge for at disse barna tilpasset hjelp, er vi nødt til å finne og diagnostisere FAS og FASD.

Om lag en av ti voksne i Norge drikker på en måte som medfører stor risiko for helseskade og avhengighet<sup>7</sup>. Barn, partnere og foreldre til personer som drikker for mye har høyere risiko for å utvikle egne problemer, psykiske så vel som somatiske. Vi trenger mer kunnskap om hvor mange som rammes. Særlig gjelder dette barn som lever med voksne som har et alkoholmisbruk. Anslaget som brukes oftest, er fra en FHI-rapport fra 2011<sup>8</sup>. Der anslås det at 90 000 barn lever med voksne som har et diagnostiserbart alkoholmisbruk.

Det er nødvendig å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag for å kunne sette inn målrettede tiltak. Derfor ber Actis om at alkoholstrategien inneholder indikatorer med korresponderende reduksjonsmål:

- **Totalt konsum og aldersstandardisert beruselsesdrikking** hos ungdom, voksne/unge voksne og eldre. FHI utgir årlig «Alkohol i Norge» som har noen indikatorer, og måloppnåelse, men det er behov for mer detaljert kunnskap. Blant annet er det behov for økt kunnskap om bruken av alkohol blant eldre, for eksempel gjennom en oversampling av eldre i SSBs/FHIs befolkningsundersøkelser.
- **Alkoholrelaterte skader, ulykker og dødsfall.** Skader og ulykker som skyldes alkohol må systematisk registreres ved ankomst på legevakt eller innleggelse på sykehus.
- **Alkoholrelaterte skader og dødsfall i trafikken.**
- **Rusmiddelbruk blant minoritetsbefolkningen, inkludert arbeidsinnvandrere.**
- **Antall barn med alkoholrelaterte skader som følge av mors drikking.**
- **Andel som oppgir å ha dukket alkohol under svangerskapet.**
- **Andel i befolkningen som rammes av at deres nærmeste drikker for mye.**
- **Årlig rapport på de ulike indikatorene, ned på fylkes- og kommunenivå.**

## Styrket forebygging og tidlig intervensjon

Ungdom i Norge drikker sjeldnere og bruker mindre narkotika enn sine europeiske jevnaldrende. Ungdoms alkoholbruk har vært fallende siden begynnelsen av 2000-tallet, og for de aller fleste unge er det vanligste å ikke drikke alkohol. Dette er en utvikling vi må ta vare på. De siste ungdataundersøkelsene tyder på at denne trenden kan være i ferd med å flate ut eller snu. Det har vært en liten økning i andelen gutter på videregående skole som har vært beruset. Holdningene til å drikke seg full har også blitt noe mer positive. Skal vi lykkes med å holde ungdomsbruken lav, må Norge implementere forebyggingsstrategier med dokumenterte resultater.

<sup>5</sup> <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/en-av-tre-akuttinlagte-var-pavirket-av-rusmidler>

<sup>6</sup> <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb/nasjonal-kompetansetjeneste-tsb/vare-prosjekter/familienettverket/rett-hjelp-til-barn-med-medfodt-alkoholskade>

<sup>7</sup> <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkoholisme-problemet/>

<sup>8</sup> <https://www.fhi.no/publ/2011/barn-av-foreldre-med-psykiske-lidel/>

Norge har bidratt til utviklingen av WHO's forebyggingsstandarder. Disse peker på at god forebygging er en kombinasjon av elementer på makro- og mikronivå, i tillegg til individuelle egenskaper. Normer, regulatoriske virkemidler, ulikhet, helsetilbud og fattigdom er eksempler på faktorer på makronivå som påvirker risikoen for rusmiddelbruk. På mikronivå finner vi familieforhold, sosialt nettverk og skole- og fritidstilbud. Personlige sårbarhetsfaktorer påvirkes av gener så vel som oppvekstmiljø. Vellykket forebygging må ta utgangspunkt i hele livsløpet, fra graviditet til barnehage, skole og studier, og styrke beskyttende faktorer på alle nivåer.

Island lyktes med å gå fra europatoppen i ungdomsbruk av alkohol, narkotika og tobakk ved årtusenskiftet til nå å ligge på bunn gjennom en helhetlig tilnærming der forskning, lokal innsats og regulatoriske virkemidler ble kombinert. En storstilt satsning på fritidstilbud til barn og unge var del av oppskriften. Derfor er vi glade for at regjeringen har tatt initiativ til en ordning med fritidskort for barn og unge.

I Norge gjennomføres Ungdataundersøkelsene jevnlig ved de fleste ungdoms- og videregående skoler. Likevel kan det gå forholdsvis lang tid mellom undersøkelsene som gjøres ved den enkelte skole. Erfaringen fra Island viser at det er viktig med oppdatert, lokal kunnskap om ungdoms levekår og rusmiddelbruk for å tidlig nok kunne respondere på utviklingstrender.

Sårbarhet og resiliens er viktige begreper i det forebyggende arbeidet. Imidlertid er dette ikke stabile personsegenskaper. Disse kan variere i løpet av ulike faser i livet, der noen perioder preges av høyere risiko enn andre. WHO's forebyggingsstandarder tar høyde for at individuelle risiko- og sårbarhetsfaktorer varierer, uavhengig av nivå på genetisk eller miljømessig sårbarhet, og foreslår ulike forebyggingstiltak i ulike faser av livsløpet. For eksempel har noen deler av skoleløpet av høyere risiko enn andre. Disse periodene kan føre til økt risiko for dem som allerede har høy sårbarhet, men vil også medføre økt risiko for andre unge. Dette kan være overgangene fra barne-, ungdoms- og videregående skole, russetiden og faddertiden på studiestedene. I disse overgangsfasene er det spesielt viktig å styrke miljømessige beskyttelsesmekanismer, som normer til bruk, generelt bruksnivå, sosiale mekanismer, trender og lokale utfordringer. Dette krever tett kontakt med barn og unge.

I tillegg til å forebygge at ungdom begynner å bruke rusmidler, må vi rette innsats mot å forhindre at ungdom som er på vei ut i risikofylt bruk utvikler mer alvorlig problematikk. Gjennom tidlig intervensjon og å se på bakenforliggende faktorer, økes sannsynligheten for at ungdom som sliter utvikler alvorlig rusavhengighet.

Ungdataundersøkelsene viser at ungdom som er mest plaget psykisk, også er dem som oftest har erfaring med bruk av rusmidler. Det er en sammenheng mellom depressive symptomer og alkoholbruk. Ungdom som kommer i kontakt med skolehelsetjenesten og/eller BUP bør derfor møtes av voksne med kunnskap om sammenhengen mellom psykiske plager og rusmiddelbruk, og med kompetanse på å gjenkjenne tegn på begynnende eller eksisterende rusproblematikk hos ungdom. Ungdom som kommer i kontakt med BUP må i mye større grad enn i dag kartlegges for rusmiddelbruk, inkludert alkohol. Om lag åtte av ti poliklinikker har for dårlige kartleggingsrutiner, ifølge en tilsynsrapport fra 2015<sup>9</sup>

Det er viktig at disse tjenestene får økt kompetanse på å tidlig fange opp rusmiddelbruk blant ungdom. I tillegg er det behov for mer kunnskap om sårbarhetsfaktorer hos unge skeive og unge skeive med minoritetsbakgrunn hos lærere, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern og BUP. Disse gruppene kan ha individuelle sårbarhetsfaktorer som ikke deles av familien eller øvrige familiemedlemmer.

---

<sup>9</sup> <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2015/mye-a-forbedre-vilje-til-a-gjore-det/>

Oppsøkende tjenester og oppfølgingsprogram for unge som har risikofylt erfaring med rusmidler bør styrkes. Pasienter som er behandlet for rusrelatert forgiftning har økt risiko for gjentatte forgiftninger, sykdom, fattigdom og tidlig død. Ved Sørlandet sykehus<sup>10</sup> og ved legevakten i Oslo har ungdom som har blitt behandlet for selvpåført rusrelatert forgiftning blitt tilbudt videre sosialfaglig oppfølging. Ved begge steder skyldtes flesteparten av de rusrelaterte forgiftningene alkohol. Oppfølgingen avdekker ofte andre problemer. Denne typen intervensjon bør være en del av akuttbehandlingen av rusrelaterte forgiftninger ved legevakter og akuttmottak<sup>11</sup>.

Den viktigste forebyggingen skjer der folk bor. Kommunene må støttes i sitt ansvar for det rusforebyggende arbeidet. Mobilisering og samordning av enkeltpersoner, grupper, organisasjoner og institusjoner i lokalmiljøene er effektivt i forebygging, ikke bare av rusmiddelproblematikk, men av mange typer sosiale problemer. Våre forslag til forebyggingstiltak vil kunne sees i sammenheng med den planlagte rusreformen, og vil bidra til å bygge motstandsdyktige barn og unge, ikke bare når det gjelder alkoholbruk.

Actis ber derfor om at alkoholstrategien slår fast at:

- **Ungdataundersøkelsene gjennomføres minst annet hvert år** på alle ungdoms- og videregående skoler for å tidlig fange opp uheldig utvikling i lokale ungdomsmiljøer. Prøveprosjektet Ungdata Junior (10-12 år) bør vurderes å gjøres landsomfattende for å fange opp risikofaktorer lokalt og for å komme tidligere inn for å forebygge utenforskap og risiko for tidlig rusmiddeldebut.
- **Det skal utvikles et e-læringsprogram om rusmidler.** Kunnskap om konsekvenser ved bruk av rusmidler er en viktig forebyggende faktor. Skolen er sentral i dette arbeide. E-læringsprogrammet bør ha alderstilpassede nasjonale standarder, med oppdatert og kvalitetssikret informasjon.
- **Det utvikles en helhetlig plan for forebygging og hjelp til ungdom.** Planen må sikre nødvendige forebyggende tjenester og hjelpetilbud, og være mye mer detaljert og ambisiøs enn gjeldende opptrappingsplan for rusfeltet. Den bør spesifisere minimumstiltak som skal være på plass i kommunene og hos helseforetak, og tydelige kvalitetskrav som det er mulig å føre tilsyn med. Tiltakene må være differensiert etter ulike gruppers behov og det må følge med nødvendige ressurser og kompetanse til kommuner og helsevesenet. Barn og unges synspunkter må inngå som en del av grunnlaget for arbeidet.
- **Obligatorisk involvering av foresatte i skolens rusforebyggende arbeid.** Foresatte er de viktigste forebyggerne. For å styrke denne rollen bør alle skoler tilby foresatte opplæring og veiledning gjennom et eget program med fokus på foresattrollen.
- **Satsing på foreldrestøtteprogrammer, særlig for sårbare familier.**
- **Kommunene tilføres økte, øremerkede midler til rusmiddelforebyggende arbeid.**
- **Kommunenes plikt til å drive oppsøkende sosialt arbeid blant barn og unge bør vurderes lovfestes.**
- **Det skal etableres flere og bedre rusfrie fritidstilbud.**
- **Idretten skal være alkoholfri.**
- **Frivillige organisasjoner skal være en aktiv samarbeidspartner i det forebyggende arbeidet.**
- **Ruskompetansen blant lærere, i barnevernet, BUP og i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal styrkes.**
- **Normtallet for helsesykepleiere revideres.** Normtallene har ligget fast siden 2010, til tross for at helsesykepleiere har blitt tilført flere oppgaver.

<sup>10</sup> <https://tidsskriftet.no/2019/09/originalartikkel/akutt-forgiftning-blant-barn-og-ungdom-i-agder>

<sup>11</sup> <https://tidsskriftet.no/2019/09/leder/bare-fyll#ref1>

- **Styrket tidlig intervensjon og oppfølging.**
- **Styrket forebyggingsinnsats mot russ og studenter.**
- **Det vurderes utviklet et statlig nasjonalt forebyggingsforum** bestående av representanter fra helseforetak, kommuner, frivillige organisasjoner og forskningssektoren.
- **Jordmor eller helsesykepleier bør være på to obligatoriske hjembesøk i barnets første leveår** for å fange opp omsorgssvikt eller annet som gir grunn til forsterket oppfølging av familien.
- **Barnevernet må få økt kapasitet og ressurser til å kunne ta en mer aktiv rolle i å fange opp og følge opp rusproblemer i hjemmet eller hos barn og unge.** Bekymringsmeldinger om omsorgssvikt eller annen rusproblematikk knyttet til barn, må følges opp bedre enn i dag.

## Befolkningsrettede innsatsområder

I Norge er det god tradisjon for at alkoholpolitikk først og fremst er helsepolitikk. Den norske restriktive alkoholpolitikken har stor støtte i befolkningen. Det gir ikke bare legitimitet til politiske tiltak, men er med på å bygge oppunder den solidariske tankegangen i politikken. Dette må tas vare på, om vi skal lykkes med å redusere skader som følge av alkoholkonsum.

De senere årene har typen steder som får skjenkebevilling blitt utvidet fra å omfatte typiske restauranter, kafeer og barer. Flere kommuner gir det skjenkebevillinger til butikker, frisørsalonger, kinoer og bibliotek. Norges fotballforbund har nylig åpner for alkoholsalg på norske arenaer. En stadig utvidelse av steder der det tillates å drikke alkohol kan bidra til å øke det generelle forbruket. I tillegg kan det bidra til å øke drikkepresset for personer som har et problematisk forhold til alkohol, og det kan gjøre det mindre aktuelt for barn og familier å være på arrangementer og å oppholde seg på offentlige steder. Det er heller ikke et folkekrav å ha alkohol tilgjengelig på stadig flere steder. Tre av fire mener det er viktig med flere alkoholfrie arenaer, som idrettsarenaer, kinoer og kulturarrangement ifølge TNS Gallups helsepolitiske barometer for 2016.

Nordmenns alkoholforbruk bidrar til sykefravær og redusert produktivitet (sykenærvær). Dette gjelder spesielt beruselsesdrikking. Det er dokumentert sammenheng mellom bruk av alkohol og arbeidsulykker, drukning og brann. Arbeidslivet er en arena for å tidlig kunne fange opp risikofylt alkohol- og annen rusmiddelbruk. I tillegg blir norsk arbeidsliv stadig mer mangfoldig. Om lag en tredjedel av de som innvandrer til Norge er arbeidsinnvandrere. I denne gruppen er det mange unge menn. Dette er en gruppe som tradisjonelt er forbundet med et høyere alkoholkonsum, også i arbeidslivet. Sosiale arrangementer og samlinger i jobbsammenheng med alkohol kan skape utfordringer. Det kan ekskludere de som av ulike grunner ikke drikker, det kan bidra til drikkepress og føre til uønskede hendelser, som trakassering, uønsket seksuell oppmerksomhet og vold. Én av tre synes det drikkes for mye i sosiale jobbsammenhenger. Arbeidsliv og alkohol bør være et eget innsatsområde i alkoholstrategien.

Behandlingsdekningen er i dag bedre for illegale rusmidler enn for alkohol. Halvparten av dem som fikk rusbehandling i 2018 oppga alkohol som det hyppigst brukte rusmiddelet i løpet av de siste seks månedene før behandlingsstart, ifølge aktivitetsdata for 2018 rapportert til Norsk pasientregister. Til sammenligning oppgir 80 prosent av Norges befolkning å ha drukket alkohol siste år, mot 5,1 prosent som oppgir å ha brukt cannabis siste år. Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet i Norge. De som oppgir alkohol som sitt hovedproblem er betydelig eldre ved behandlingsoppstart enn de som søker behandling for illegale rusmidler. Snittalder ved behandlingsstart er 47 år for alkoholpasienter og 30 år for cannabispasienter. Pasientenes debutalder er henholdsvis 16 og 15 år. En fersk analyse av selvmord viser at det er pasienter med alkoholproblemer som er mest utsatt for selvmord etter endt rusbehandling.

Personer som bruker rusmidler, har økt risiko for alvorlige helse- og sosiale problemer. Men også menneskene rundt rammes. Pårørende til personer med rusproblemer rapporterer om redusert psykisk og fysisk helse. Mange lever under et umenneskelig press, med skam, maktesløshet, utrygghet og skyldfølelse som gjennomgripende følelser. Actis er derfor glad for at regjeringen har igangsatt arbeidet med en nasjonal pårørendestrategi, og viser til våre innspill til denne. Det nasjonale og kommunale tilbudet til pårørende bør styrkes, og det må ses på hvilke tiltak som, uavhengig av nærpersonens sykdomstilstand, kan settes inn for å forbedre denne gruppens situasjon. Det bør være et like godt tilbud til dem som har et akutt behov som til dem som har behov for hjelp i et lengre perspektiv.

Barn som pårørende er spesielt sårbare. I dag har barn ikke formelle rettigheter som pårørende i spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at barn som pårørende heller ikke har rett eller krav på eget tilbud om behandling og/eller oppfølging utelukkende basert på familiens problemer. Barn får dermed ikke tilrettelagt hjelpetilbud før de selv blir så syke at de fyller kriteriene for å bli rettighetspasient (eks. Barne- og ungdomspsykiatri BUP – traume, vold osv.). Dette må endres. Det er ellers også viktig at pårørende gis selvstendige rettigheter i spesialisthelsetjenesten.

Actis ber om at alkoholstrategien slår fast at:

- **Den brede støtten til en restriktiv alkoholpolitikk i befolkningen skal opprettholdes.**
- **Det skal legges til rette så det blir lett å ta alkoholfrie valg.** Parker, strender, kultur- idrettsarenaer og andre viktige fellesarealer skal være alkoholfrie.
- **Det bør vurderes å sette som betingelse for skjenkebevilling til festivaler at de skal ha minst ett alkoholfritt oppholdsområde med servering.**
- **Alle virksomheter og studiesteder skal ha retningslinjer for alkoholbruk.**
- **Behandlingsdekningen for alkoholproblemer skal økes.**
- **Tilbudet til pårørende styrkes**, med spesiell oppmerksomhet rettet mot barn og unge. Vi viser for øvrig til vårt innspill til pårørendestrategien, som er under utarbeidelse.

## En eldrevennlig alkoholpolitikk

Eldre i dag drikker mer enn tidligere, og færre avstår fra å drikke alkohol. Samtidig øker andelen eldre i befolkningen. Det er derfor nødvendig å ha et folkehelseperspektiv i tilnærmingen til eldres alkoholbruk.

Både eldre menn og kvinner doblet sitt alkoholinntak i fra 1995-97 til 2006-08, ifølge Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag<sup>12</sup>. Aldersgruppen 55-79 drikker oftere enn de yngre aldersgruppene, selv om det fortsatt er unge mellom 16 og 24 som har det høyeste alkoholkonsumet<sup>13</sup>. Men også jevnt alkoholinntak over tid er skadelig.

Med alderen svekkes kroppens evne til å håndtere alkohol. I tillegg er eldre den delen i befolkningen som bruker flest legemidler<sup>14</sup>, og bruken øker med alderen. Dette inkluderer beroligende legemidler, sovetabletter og sterke smertestillende, som har en uheldig samvirkning med alkohol. Mange har en lang nedbrytningstid, slik at det kan oppstå en ikke-intendert sambruk, som fører til økt risiko for fall, skader eller andre helseskader. Det trengs mer kunnskap om alkoholbruk og om kombinasjonen av alkohol og legemidler og konsekvensene det kan få i helsetjenesten, blant eldre selv og deres pårørende.

<sup>12</sup> <http://tidliginnsats.forebygging.no/Rapporter/Bruk-av-alkohol-og-medikamenter-blant-eldre-60-i-Norge/>

<sup>13</sup> <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=&h=1>

<sup>14</sup> <https://www.fhi.no/nyheter/2018/76-000-eldre-fikk-utlevert-minst-15-legemidler/>

Den er også en stadig økende andel eldre personer som har en livshistorie med rusproblemer, og som dermed har behov for ekstra støtte og somatisk oppfølging.

God livskvalitet i siste halvdel av livet er viktig, både for den enkelte, men også for samfunnet som helhet.

Actis ber om at alkoholstrategien slår fast at

- **Alkoholpolitikken skal utformes med tanke på å begrense skader i hele livsløpet**, fra vugge til grav, og gjøre det enklere å ta alkoholfrie valg.
- **Det skal ikke legges til rette for økt alkoholbruk hos eldre**, for eksempel gjennom skjenkebevilling til sykehjem
- **Det må informeres bedre om faren ved å kombinere alkohol og medikamenter**. Dette ansvaret må ligge hos forskrivende leger, farmasøytter og annet relevant helsepersonell. Det må foreslås tiltak mot samtidig bruk av alkohol og reseptbelagte legemidler, som for eksempel merking av enkelte medikamenttyper.
- **Alle kommuner må ha rusforebyggende tiltak rettet mot eldre**. Tiltakene skal blant annet redusere ensomhet, gjennom å legge til rette for sosialt samvær og at eldre skal kunne bruke ressursene sine.
- **Vurdere behov og utrede modeller for ivaretagelse av eldre personer med rusproblemer på sykehjem**.
- **Økt kunnskap og kompetanse om Eldres rusvaner og rusproblemer, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten**.
- **Frivillige organisasjoner skal være en samarbeidspartner** i forebyggingsinnsatsen rettet mot eldre.

## Norge må være en tydelig internasjonal aktør

Alkohol er en viktig helseutfordring internasjonalt. FNs bærekraftsmål, pkt. 3.5 slår fast at verdenssamfunnet skal styrke forebygging og behandling av narkotikamisbruk og skadelig bruk av alkohol. Dette målet må følges opp av forpliktende handling.

Regjeringens NCD-strategi, «Bedre helse – bedre liv», peker på alkohol som en av fem sentrale risikofaktorer for ikke-smittsomme sykdommer. Strategien fastslår at Norge skal «styrke gjennomføringen av WHO's globale handlingsplan for forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer» og bidra til implementeringen av en rekke FN-resolusjoner om ikke-smittsomme sykdommer.

Folkehelsemeldingen «Gode liv i eit trygt samfunn» (St.meld. 19 (2018-2019)) understreker at Norge skal støtte WHO's normative mandat, slik at WHO kan gi klare, kunnskapsbaserte råd, uavhengig av økonomiske eller andre interesser, til medlemslandene om tiltak for å redusere sykdom og for tidlig død som følge av ikke-smittsomme sykdommer. Regjeringens NCD-strategi forplikter Norge til å støtte opp om SAFER-initiativet for alkoholkontroll. Initiativet omfatter en rekke kunnskapsbaserte alkoholpolitiske virkemidler, som skatter og avgifter, tilgjengelighetsbegrensninger, tiltak mot ruspåvirket kjøring, reklamerestriksjoner, og tilgang til screening og behandling.

St.meld. 30 (2011-2012) «Se meg – en helhetlig ruspolitikk» understreket at Norge skal arbeide for å «sette alkohol som folkehelseutfordring høyere på den internasjonale dagsordenen». Folkehelsemeldingen (St.meld. 19) trakk fram Norden som en viktig arena for samarbeid og erfaringsutveksling. Norge var en pådriver da de nordiske landene i 2004 etablerte et koordinerende samarbeid om alkoholpolitikken internasjonalt. Dette bidro til å vitalisere Verdens helseorganisasjons



arbeid på alkoholfeltet. Et av resultatene var at Verdens Helseforsamling i 2008 vedtok å utarbeide en global alkoholstrategi. Norge har også bidratt til å finansiere arbeidet på alkoholfeltet, blant annet med faglig bistand til utvikling av en kunnskapsbasert alkoholpolitikk.

Alkohol er et hinder for utvikling i fattige land. Urbanisering og økonomisk vekst har gitt økt alkoholbruk i land som har dårlig utbygde sikkerhetsnett for dem som faller utenfor. Dette fører til svakere velstandsutvikling, dårligere helse og større helseforskjeller innad i landene. St.meld. 30 (2011-2012) beskriver internasjonalt samarbeid om å redusere skadelig alkoholbruk som «et bidrag til internasjonal solidaritet.» Stortingsmeldingen nevner spesielt oppmerksomhet rundt alkoholmarkedsføring.

Norges perspektiv har vært å fremheve alkohol som «en handelsvare med særlige helsemessige og sosiale konsekvenser» (St.meld. 30 (2011-2012)). NCD-strategien beskriver alkohol som en «kommersiell helsedeterminant» og peker på interessekonflikter mellom næringsinteresser og effektiv forebygging. Internasjonal handel er viktig for den økonomiske utviklingen i disse landene, men internasjonale handelsavtaler kan også begrense lands muligheter til å regulere alkohol og andre helseskadelige produkter. NCD-strategien understreker at det er behov for sterkere regulering av tobakk og alkohol internasjonalt.

I mange tilfeller er det direkte konflikt mellom kunnskapsbaserte politiske tiltak for å redusere alkoholskader og alkoholindustriens økonomiske interesser. Det er mange eksempler på at alkoholindustrien motarbeider alkoholpolitiske tiltak som er beskrevet som «best buys» i WHO's NCD-strategi eller inngår i SAFER-initiativet. Alkoholindustrien har identifisert lav- og mellominntektsland med en ung og voksende befolkning som et viktig fremtidig marked. Politisk lobbyarbeid og aggressiv markedsføring i disse landene er spesielt problematisk.

I lys av Norges mål på helse- og utviklingsområdet, erkjennelsen av alkohol som en «kommersiell helsedeterminant», og kunnskapen om interessekonflikten mellom alkoholindustrien og folkehelseinteresser er det problematisk at Statens pensjonsfond Utland (SPU) har eierandeler i alkoholindustrien. I kraft av sin størrelse er SPU en viktig utenrikspolitisk aktør. Fondets investeringer kan bidra til å understøtte eller undergrave norske utenrikspolitiske prioriteringer. Det er et mål at norske aktører skal trekke i samme retning i utviklingspolitikken. Investeringer i alkoholindustrien kan undergrave sentrale politiske mål, og alkohol bør derfor utelukkes fra SPU. Norge skal ikke investere i industrier som bidrar til å holde generasjoner av sårbare mennesker i en negativ sirkel av fattigdom.

Actis ber om at alkoholstrategien:

- Forplikter Norge til å spille en aktiv rolle i alkoholsamarbeidet på internasjonale arenaer.
- Støtter opp om nasjonale initiativer i andre land, slik som minstepriser, markedsføringsrestriksjoner og nasjonale handlingsplaner, først og fremst for å redusere omfanget av alkoholskader, men også for å utvide Norges handlingsrom i alkoholpolitikken.
- Bidrar til å sikre finansiering av WHO's arbeid på alkoholområdet og styrke WHO's normgivende rolle på alkoholfeltet.
- Arbeidet for å opprettholde klare skott mellom WHO og alkoholindustrien.
- Arbeider for at WHO Europa vedtar en ny handlingsplan på alkoholområdet.
- Viderefører og styrke dialogen med de øvrige nordiske landene og andre likesinnede land for å løfte alkohol på den internasjonale agendaen.
- Sikrer at alkohol blir synlig innenfor arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer.
- Utelukker alkohol fra Statens Pensjonsfond Utland.